附件：

**《无菌医疗器械生产质量管理规范实施指南》线上培训班**

**报 名 回 执**

|  |  |
| --- | --- |
| **单位名称** |  |
| **通讯地址** |  |
| **姓 名** | **性别** | **职 务** | **联系电话** | **邮 箱** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 会 员 | 是( )； 否( ) | 付款方式 | 汇款( )；支付宝( ) |
| **开票信息：** |
| 单位名称 |  |
| 税 号 |  |
| 备 注 |  |

同一单位参训人数不限。

请于**9月18日前**将报名回执发送至分会邮箱gaofenzibest@163.com